

稲城市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金及び新生児聴覚検査受診費助成金交付申請書

稲 城 市 長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話
対象者との続柄（ ）

里帰り等の理由により、東京都外の医療機関又は助産所で妊婦健康診査等を受診し費用を負担したので稲城市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金及び新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

この申請の内容について、医療機関又は助産所へ確認することに同意します。

フリガナ		対象者住所		稲城市	母子健康手帳交付日	事務処理欄 (記入不要)
対象者氏名		住所			年 月 日	
区分	受診年月日	医療機関等の名称	医療機関等の所在地		自己負担額	助成額
妊 婦 健 康 診 査	1回目	年 月 日			(円)	(円)
	2回目	年 月 日			(円)	(円)
	3回目	年 月 日			(円)	(円)
	4回目	年 月 日			(円)	(円)
	5回目	年 月 日			(円)	(円)
	6回目	年 月 日			(円)	(円)
	7回目	年 月 日			(円)	(円)
	8回目	年 月 日			(円)	(円)
	9回目	年 月 日			(円)	(円)
	10回目	年 月 日			(円)	(円)
	11回目	年 月 日			(円)	(円)
	12回目	年 月 日			(円)	(円)
	13回目	年 月 日			(円)	(円)
	14回目	年 月 日			(円)	(円)
超 音 波 検 査	1回目	年 月 日			(円)	(円)
	2回目	年 月 日			(円)	(円)
	3回目	年 月 日			(円)	(円)
	4回目	年 月 日			(円)	(円)
子宮頸がん検診	年 月 日			(円)	(円)	
新生児聴覚検査	年 月 日			(円)	(円)	
					助成金交付額	(円)

注1 必要書類

- 母子健康手帳で妊婦健康診査等の受診記録（妊娠中の経過）記載されている部分の写し(コピー)
- 妊婦健康診査等を受診した東京都外の医療機関又は助産所が発行した領収書
(妊婦健康診査等の費用、受診日及び東京都外の医療機関又は助産所の名称が記載されたもの)
- 当該妊婦健康診査等に係る未使用の受診票
- その他市長が必要と認めるもの

注2 申請期間は、出産の日等から原則1年間です。

注3 妊婦健康診査1回目の助成は、東京都外の医療機関での受診に限ります。